

▶ ENTENDER O CLIENTE

Os prestadores de serviço do segmento de saúde apresentam uma característica muito peculiar no que se refere ao CLIENTE, ou seja, atende a 3 compradores diretos ou indiretos de serviço simultaneamente:

O MÉDICO, O CONVÊNIO E O CLIENTE (CONVENIADO OU PARTICULAR)

Consequentemente, o LPC entende que cada um desses clientes possui diferenciados desejos e anseios que são triplicados no momento da prestação do serviço.

▶ CONQUISTAR O CLIENTE

Ciente de que o cliente é aquele que acompanha, avalia e julga os resultados gerados pelo nosso serviço, mesmo sob emoção, sabemos que o seu grau de satisfação será correspondido pela sua efetividade.

Logo, o LPC tem o orgulho de atender a uma **média de 40.000 clientes/ano**, dentre estes **60% já efetivos há mais de 5 anos**, distribuídos entre crianças, jovens, adultos e idosos.

▶ MANTER O CLIENTE SATISFEITO

Tendo como desafio permanente conhecer cada cliente e tornar os objetivos comuns entre empresa cliente o LPC investe em tecnologia de ponta (SEGURANÇA / VELOCIDADE), na qualificação de seus recursos humanos (CONHECIMENTO), na comunicação (RELAÇÃO HUMANA), instalações (CONFORTO) traduzidos nos serviços, atualmente, ofertados:

- CENTRAL DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
- COLETA DOMICILIO
- 4UNIDADESDE ATENDIMENTO: BARRA / PITUBA / IMBUI / VILAS
- LAUDOS PELA INTERNET: DISPONIBILIZADO NO ATO DO ATENDIMENTO

Na certeza de que as necessidades e desejos são ilimitados o LPC não irá parar por aqui !!!

Originalmente não havia menção à obesidade ou diversas outras alterações descritas posteriormente em um número extraordinário de trabalhos. Alterações estas que, de forma independente ou dependente, estão relacionadas com possível aumento da prevalência de DCV (tabela 2). Muitos dados ainda precisam ser devidamente avaliados para se entender o mecanismo exato destas associações.

TABELA 2: ALTERAÇÕES METABÓLICAS ASSOCIADAS À RESISTÊNCIA À INSULINA

1. Aumento da pressão arterial sistólica e diastólica
2. Hiperglicemia
3. Hiperinsulinemia compensatória
4. Disfunção endotelial
5. HDL-colesterol baixo
6. Hipertrigliceridemia
7. Aumento de fibrinogênio
8. Esteatose hepática
9. Microalbuminúria
10. Ausência de descenso noturno de PA e frequência cardíaca
11. Hiperuricemia
12. Hipertrofia ventricular esquerda
13. Aterosclerose prematura (DAC, AVC)
14. Hiperandrogenismo – Síndrome de Ovários Policísticos

EPIDEMIOLOGIA

Pressupõe-se que a prevalência da Síndrome Plurimetabólica na população seja bastante elevada, com tendência a aumento devido à maior expectativa de vida da população e aumento da obesidade. Dados epidemiológicos indicam maior acometimento em indivíduos idosos, particularmente acima dos 70 anos.

Estima-se que cerca de 50% dos indivíduos hipertensos assim como aproximadamente 85% dos indivíduos diabéticos tipo II apresentem resistência à insulina. Usando os critérios da ATP III (tabela 3), observou-se alta incidência em americanos – particularmente em afro-americanos e de origem mexicana. A prevalência neste mesmo estudo chegou a 23,7% quando ajustada para idade, havendo crescimento de 6,7% entre os participantes jovens (20-29 a) até 43,5% (60-69 a) e 42% (acima de 70 a).

Do ponto de vista sócio-econômico, este fato assume importância relevante, em função da elevada morbimortalidade e elevados custos. Avalia-se que 16 milhões de americanos sejam diabéticos e 40 milhões tenham intolerância à glicose, gerando custo anual de 100 bilhões de dólares. A doença cardiovascular permanece como a principal causa de morte em DM tipo II. Desta forma, o controle glicêmico e a abordagem adequada das comorbidades assumem papel fundamental para a diminuição da mortalidade total no DM.

DIAGNÓSTICO

O primeiro passo é determinar os fatores de risco para o desenvolvimento de DCV no indivíduo. A partir de então, reconhecê-lo com sendo portador de anormalidades metabólicas e hemodinâmicas que possam ser corrigidas e/ou prevenidas.

Recentemente, o III Relatório do “Nacional Cholesterol Education Program” (NCEP) - Adult Treatment Panel III (ATP III), buscou definir parâmetros diagnósticos da Síndrome Plurimetabólica. O achado de pelo menos 3 dos critérios adotados – vide tabela 3, levaria ao diagnóstico da síndrome. Há controvérsia na aplicação destes critérios, uma vez que existe grande variedade do número de anormalidades de indivíduo para indivíduo. Por exemplo, indivíduo com cintura de 105 cm, hipertensão e HDL-colesterol de 38 mg/dl não é necessariamente portador da síndrome, ou tem risco mais elevado que um diabético com hipertensão. Lembrar também que glicemia < 110 mg/dl não exclui definitivamente DM ou intolerância à glicose. Assim sendo, só o entendimento do médico assistente em relação à síndrome e o bom senso determinariam quais indivíduos são portadores da síndrome metabólica.

TABELA 3: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA SÍNDROME PLURIMETABÓLICA – ATP III

1. Obesidade abdominal – circunferência da cintura >102cmhomens > 88 em mulheres
2. Hipertrigliceridemia: \geq 150 mg/dl
3. HDL-colesterol baixo: < 40 mg/dl em homens < 50 mg/dl em mulheres
4. Aumento de pressão arterial: \geq 130/85 mmHg
5. Hiperglicemia de jejum: \geq 110mg/dl

A identificação dos fatores de riscos deve ser julgada clinicamente, levando-se em conta a ampla variedade de achados (tabela 2) e a relevância dos mesmos. A dosagem laboratorial de fácil mensuração (perfil lipídico, glicemia de jejum ou após sobrecarga de glicose, ácido úrico, microalbuminúria, função hepática) constitui uma boa forma de avaliar quais critérios são mais preditivos de DCV em determinado indivíduo.

A importância de outras avaliações vai depender das morbidades associadas, ficando a necessidade e a frequência das mesmas a critério do médico assistente.

TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO

O resultado do tratamento que vise o controle da resistência à insulina/hiperinsulinemia (dieta, perda de peso, exercício) parece ser mais efetivo em reduzir riscos que a abordagem isolada dos componentes da síndrome. Isso explicaria o porque de não se alterar a prevalência de doenças coronarianas em diabéticos tipo II a despeito de controle rígido da glicemia. Entretanto, vale mencionar que a adoção destas medidas requer auto-controle difícil de se obter na sociedade de consumo como a nossa. Portanto, a educação continuada do paciente pode ser uma forma de vencer esta barreira.

A correção de fatores ambientais (álcool, fumo, stress, dieta ricas em gorduras saturadas, sedentarismo) é definitivamente importante na prevenção e tratamento.

■ **Perda de peso** – até mesmo pequenas reduções de peso são capazes de reduzir o risco cardiovascular. Presumivelmente, em homens, isso se deve ao fato de que a perda inicial está associada a redução predominante de gordura visceral.

■ **Dieta** – a despeito da necessidade de perda de peso, as recomendações dietéticas devem ser adotadas de maneira global. As mudanças na dieta devem visar:

- ✓ reduzir as gorduras totais e saturadas
- ✓ aumentar o teor de fibras
- ✓ dar preferência a carboidratos complexos, procurando reduzir a concentração excessiva em uma única refeição – fracionar a dieta
- ✓ evitar alimentos com excesso de açúcar simples
- ✓ diminuir o sal da dieta, quando necessário

■ **Exercício** – devem ser iniciados de maneira gradual e sob orientação médica. Age na melhora da resistência à insulina, diminui a gordura intra-abdominal, aumenta os transportadores de glicose sensíveis à insulina (GLUT-4) e reduz os ácidos graxos livres, diminui a pressão arterial, aumenta a performance miocárdica; baixa triglicérides e aumenta HDL-colesterol.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Caso as medidas globais falhem neste controle, devem ser usadas medicações que visem melhorar a resistência à insulina. Neste grupo podemos citar:

- No controle da glicemia e redução da resistência à insulina
 - ✓ Biguanidas
 - ✓ Tiazolidinadionas.
 - ✓ Inibidores da enzima conversora da angiotensina
 - ✓ Outras drogas hipoglicemiantes no controle da hiperglicemia
- Controle da hipertensão arterial com anti-hipertensivos
- Melhora do perfil lipídico através do uso de hipolipemiantes



Dra. Tânia Leme da Rocha Martinez
Presidente do Departamento de Aterosclerose - DA Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC

Entrevistada por: Dr. Jairo Roberto Ferreira

1. O QUE VEM A SER O DEPARTAMENTO DE ATEROSCLEROSE?

A Cardiologia, uma especialidade médica, é representada no Brasil pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Congrega vários departamentos que representam suas sub-especialidades, sendo o Departamento de Aterosclerose (DA), um deles.

Tem como objetivo estudar os fatores predisponentes da doença aterosclerótica, promovendo a pesquisa científica e produzindo materiais e eventos com a finalidade de atualização e reciclagem dos profissionais da área cardiológica e especialidades afins. Contribui assim para minimizar as graves repercussões que essa doença tem sobre a população em geral.

2. CONTE UM POUCO DA HISTÓRIA DO DA.

No início da década de 90, um grupo de cardiologistas ligado ao tratamento das dislipidemias, começou a desenvolver um trabalho voltado à prospecção das alterações lipídicas (sobretudo elevações dos níveis do colesterol). Começou aí a ser criado o que se chamou de: Grupo de Estudos e Pesquisa em Aterosclerose, - GEPA. Devido afluência de novos participantes evoluiu para Departamento de Estudos em Aterosclerose – DEPA, sendo logo em seguida simplificado para Departamento de Aterosclerose.

3. QUAIS AS SUAS PRINCIPAIS REALIZAÇÕES?

Um dos seus principais objetivos tem sido a educação médica continuada. Uma proposta interessante, reciclando colegas sobre o assunto por todo o Brasil através de Palestras, Simpósios, Congressos, etc. Outra realização importante foi, e tem sido, a liderança na elaboração dos inicialmente denominados Consensos e agora Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. A mais importante meta para este ano é uma campanha prospectiva dos níveis do Colesterol numa amostragem da população economicamente ativa.

4. FALE UM POUCO MAIS SOBRE AS DIRETRIZES

As Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose tratam de orientações à comunidade médica e especialidades afins, com o propósito de atualizações sobre diagnóstico, tratamento e controle das Dislipidemias. Além de versar sobre lípidos, abrange uma avaliação global de risco do indivíduo desenvolver aterosclerose (estratificação de risco) baseada no estudo de Framingham. Traz também orientações sobre a abordagem do paciente e seus fatores de risco, além de uma extensa revisão sobre os novos marcadores de risco, e resumos dos principais estudos sobre o controle do colesterol e prevenção da aterosclerose. Tem sido veiculada não só pela Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC como também por outras especialidades como a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC).

5. QUANDO E COMO OCORRERÁ A PESQUISA DOS NÍVEIS DO COLESTEROL NO BRASIL?

Este projeto esta sendo liderado pelo FUNCOR, junto a órgãos públicos e com o apoio logístico do DA. Será realizado a avaliação dos níveis do colesterol sérico na população economicamente ativa em várias capitais brasileiras, estando previsto seu inicio para o mês de agosto do ano em curso.

A Vacina contra o Colesterol em fase experimental

Transcrito da *Scientific American* - 02/2002

No início dos anos 90, empresas atuantes na área de Biotecnologia começaram a buscar o desenvolvimento de vacinas que atuassem contra patologias que rejeitam suas próprias células, as chamadas doenças auto-imunes, entre as quais estão a esclerodermia e a artrite reumatóide.

No mundo ocidental em especial nos EUA, a doença cardiovascular é a principal “causa mortis”, sendo o colesterol um dos seus maiores vilões.

A partir daí, pensou-se em usar a Biotecnologia com o propósito de produzir uma resposta imune para elevar os níveis de C-HDL e reduzir os níveis C-LDL sérico.

Os tratamentos existentes hoje para a redução do colesterol incluem restrição dietética do colesterol ou o uso a longo prazo de drogas como as estatinas ou fibratos para reduzir o LDL ou niacina para aumentar o HDL. Nenhuma dessas drogas resolve por completo o problema, além de todas terem efeitos colaterais. Além disso, pessoas que se sentem saudáveis não tem motivação para usar drogas como prevenção contra riscos futuros de doenças cardiovasculares (DAC), o que resulta numa baixa taxa de aderência ao tratamento.

No final dos anos 80, estudos epidemiológicos no Japão, identificaram famílias com níveis extraordinariamente altos

de C-HDL e baixos níveis de C-LDL, e que apresentavam baixa incidência de DAC. Esse perfil foi ligado a mutações no gene que codifica a Proteína Transferidora de Ésteres do Colesterol (CETP).

O C-HDL transporta colesterol das artérias para o seu metabolismo no fígado e age também transferindo colesterol para o C-LDL, de modo a manter um ciclo que permite a manutenção de certa concentração e distribuição de colesterol, necessário para a biossíntese de membranas celulares, hormônios e outras substâncias essenciais.

A CETP é a proteína que converte o HDL em LDL. Cientistas reconheceram que a CETP representava um alvo atraente para uma droga contra aterosclerose. Para criar uma vacina anti CETP, simulou-se o que o organismo faz por equívoco nas doenças autoimunes.

As células T, um tipo de linfócito, reconhecem antígenos muito específicos, de segmentos de moléculas as quais o sistema imunológico arma um ataque. O sistema imune ordinariamente bloqueia a resposta das células T às moléculas próprias do organismo. Uma vacina contra a CETP teria que “enganar” o sistema imunológico, a fim de atacar um alvo anteriormente ignorado. Além disso, esse alvo deveria ser altamente específico para a CETP.

Allan R. Tall, um pesquisador em aterosclerose da Columbia University, identificou um “locus” do CETP especificamente o 16 aminoácidos da molécula, que era diferente de qualquer outra proteína humana. Para se obter uma resposta contra esse antígeno próprio, ele teria que ser associado a algo que, virtualmente, o sistema imunológico de todos os indivíduos reconhecesse como uma ameaça.

Quase todos os americanos foram vacinados contra o

tétano, eles criaram um peptídeo de 31 aminoácidos que combinava a seqüência de 16 aminoácidos da CETP com uma seqüência de 14 aminoácidos da toxina tetânica e um aminoácido que ligava as duas cópias de peptídeo, gerando uma molécula muito estável e antigênica.

A estratégia funcionou. Este tipo de antígeno híbrido foi chamado de vacina CETI-1 causando uma excelente resposta imunológica para o tétano e para o fragmento da CETP.

Em coelhos a vacina elevou os níveis de HDL em 42%, e reduziu o LDL em 24% e a área de lesão arteriosclerótica em 40%.

Atualmente, monitorado pelo FDA, a vacina está na fase II testes clínicos para determinar sua dose ideal.

Os pesquisadores se sentem confiantes na segurança e eficácia da vacina, uma vez que existem indivíduos, como no exemplo dos japoneses, que tem vida longa e saudável, apresentando uma baixa atividade da CETP.

O uso da vacina na prevenção da aterosclerose tem duas vantagens potenciais:

- Sua especificidade, o que significa menos efeitos colaterais.
- Doses semestrais, propiciando uma maior aderência ao tratamento - Os tratamentos atuais são feitos com drogas redutoras do colesterol que devem ser tomados diariamente e têm um elevado custo.

**SE TUDO DER CERTO,
BREVEMENTE VOCE PODERÁ TOMAR
SUA VACINA CONTRA GRIPE JUNTAMENTE
CONTRA A DO COLESTEROL.**